

後期高齢者医療給付費受領申立書  
高額医療合算介護(予防)サービス費受領申立書

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合 様  
市町村長 様

〒

申立者 住所

(相続人代表者)

氏名は「署名(自署)」又は「記名(印字、ゴム印等)+押印」をお願いします。  
フリガナ

氏 名

電話番号

死亡した被保険者との続柄

私は、 の相続人代表として、被相続人(死亡した被保険者)死亡後における、被相続人に係る(後期高齢者医療給付費・高額医療合算介護(予防)サービス費)の申請、請求及び受領を行うこと  
申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って異議のないように処理し、高知県後期高齢者医療広域連合、及び市町村に対し、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

|                |         |                  |  |      |  |
|----------------|---------|------------------|--|------|--|
| 被保険者<br>(被相続人) | 被保険者番号  | 後期高齢者医療          |  | 介護保険 |  |
|                | 住 所     |                  |  |      |  |
|                | 氏 名     |                  |  |      |  |
|                | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 生 |  |      |  |
|                | 死 亡 日   | 令和 年 月 日 死亡      |  |      |  |

— 口座振替依頼欄 — (相続人代表者名義の口座)

(後期高齢者医療給付費・高額医療合算介護(予防)サービス費)については、下記の口座に振り込んでください。

|       |                                   |                       |      |            |
|-------|-----------------------------------|-----------------------|------|------------|
| 振込先   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店・支店<br>本所・支所<br>( ) | 預金種別 | 普通座<br>( ) |
| 口座番号  |                                   |                       |      |            |
| フリガナ  |                                   | 被保険者との続柄              |      |            |
| 口座名義人 |                                   |                       |      |            |

※ 申立者の本人確認書類が必要です。

※ 申立者と口座名義人が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

【市町村確認欄】

- ① 確認結果<被相続人の配偶者(死亡・無)、子または孫(死亡・無)、父母(死亡・その他)>
- ② 申立者が甥・姪の場合<被相続人の(兄・弟・姉・妹)である申立者の(父・母)は死亡している>
- ③ 確認方法(口頭・戸籍・その他) ※確認者 印